

JANVIER 2017



## **DIARRHÉE AIGUË DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT : RECOMMANDATIONS D'EXPERTS**

Emmanuel Mas (Toulouse), Marc Bellaïche (Paris),  
et l'ensemble du Conseil d'Administration du GFHGNP.

## DIARRHÉE AIGÜE DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT : RECOMMANDATIONS D'EXPERTS

**Une mise à jour des recommandations du GFHGNP concernant la prise en charge nutritionnelle et médicamenteuse de la diarrhée aiguë de l'enfant qui dataient de 2002 était nécessaire <sup>1,2</sup>.**

Par définition, la diarrhée aiguë consiste en une modification de la consistance des selles (molles ou liquides) et/ou en une augmentation du nombre ( $\geq 3/j$ ). La durée est généralement inférieure à 7 jours. En Europe, les enfants de moins de 3 ans ont 0,5 à 2 épisodes de diarrhée aiguë par an. Il s'agit majoritairement d'infections à Rotavirus alors que *Campylobacter* et *Salmonella* sont les bactéries les plus souvent en cause.

La complication de la diarrhée aiguë est la survenue d'une déshydratation.

Ce risque est important chez les enfants de moins de 6 mois, surtout pour ceux qui sont en collectivité, en raison notamment d'une exposition plus grande au Rotavirus. Les enfants ayant des pathologies chroniques (déficits immunitaires, dénutrition associée, cancer, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) sont également plus à risque de diarrhée aiguë sévère.

La prise en charge de la diarrhée aiguë repose sur l'utilisation de solutions de réhydratation orale (SRO) *ad libitum* afin de prévenir ce risque de déshydratation.



Pour évaluer l'état de déshydratation, un score a été proposé par Guarino *et al.* <sup>3</sup> :

Catégorie	Cotation 0	Cotation 1	Cotation 2
Apparence générale	Normale	Soif, agitation ou léthargie mais irritable au toucher	Somnolent, marche difficile, froid ou en sueur +/- comateux
Yeux	Normaux	Légèrement creux	Très creux
Muqueuses (langue)	Humides	Collantes	Sèches
Larmes	Larmes	Diminution des larmes	Pas de larmes

Score 0 : pas de déshydratation

Score 1-4 : déshydratation légère

Score 5-8 : déshydratation modérée à sévère

Ce score ne comprend pas la perte de poids car si celle-ci est un élément important de surveillance, elle n'est pas toujours évaluable en pratique.

La plupart du temps aucun examen complémentaire n'est utile.

**Une analyse bactériologique et/ou parasitologique des selles est utile dans les situations suivantes :**

- diarrhée entéro-invasive (syndrome dysentérique)
- diarrhée et état septique
- diarrhée de retour des pays d'outre-mer
- diarrhée chez l'immunodéprimé ou terrain débilité
- contexte de toxi-infection alimentaire en collectivité.
- diarrhée dans l'entourage d'un malade atteint de shigellose avérée.

Certains critères justifient une hospitalisation : choc, déshydratation sévère avec perte  $\geq 10\%$  du poids du corps, troubles neurologiques associés (léthargie, convulsions...), vomissements incoercibles ou bilieux, échec de réhydratation orale, conditions d'une prise en charge sécuritaire à domicile non garanties.

Lors de l'hospitalisation seront discutées les modalités de réhydratation par voie orale, entérale par sonde nasogastrique ou par voie intraveineuse, précédée dans ce cas éventuellement d'un remplissage au sérum salé à 0,9%.



**Pour la réalimentation :**

- Nourrisson au sein : allaitement maternel à poursuivre associé à la réhydratation avec un SRO.
- Nourrisson allaitement artificiel : réalimentation précoce (dans les quatre premières heures) :
  - avec son lait habituel en cas de diarrhée banale et régime normal (en évitant les aliments laxatifs),
  - lait sans lactose uniquement, en cas de diarrhée prolongée (> 7 jours) ou sévère.
- Les experts ne recommandent plus l'utilisation systématique d'hydrolysats poussés pour les nourrissons de moins de 3 mois, mais à discuter au cas par cas.

En adjonction au SRO, indispensable, trois traitements peuvent être proposés pour diminuer l'intensité et la durée de la diarrhée<sup>3</sup> :

- Probiotiques :
  - *Saccharomyces boulardii* pour une durée de 5 à 7 jours.
  - *Lactobacillus GG* (à noter que *LGG* à la concentration utilisée dans les études cliniques n'est pas disponible en France)
- Racécadotril<sup>4</sup>
- Smectites<sup>5</sup>

Trois traitements sont à proscrire :

- Lopéramide
- AINS qui sont contre-indiqués en cas de déshydratation<sup>6,7</sup>
- Antiseptiques intestinaux : aucun effet et potentiellement toxiques.

Aucun anti-émétique n'est à prescrire en traitement ambulatoire. L'ondansetron est à discuter au cas par cas dans les formes sévères hospitalisées<sup>8</sup>.

**Réf :**

1. Cezard JP, Chouraqui JP, Girardet JP, Gottrand F. [Drug treatment of acute infectious diarrhea in infants and children]. *Arch Pediatr.* 2002;9(6):620-628.
2. Bocquet A, Bresson JL, Briand A, et al. [Nutritional treatment of acute diarrhea in an infant and young child]. *Arch Pediatr.* 2002;9(6):610-619.
3. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;59(1):132-152.
4. Gordon M, Akobeng A. Racecadotril for acute diarrhoea in children: systematic review and meta-analyses. *Arch Dis Child.* 2016;101(3):234-240.
5. Dupont C, Foo JL, Garnier P, et al. Oral diosmectite reduces stool output and diarrhea duration in children with acute watery diarrhea. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7(4):456-462.
6. Balestracci A, Ezquer M, Elmo ME, et al. Ibuprofen-associated acute kidney injury in dehydrated children with acute gastroenteritis. *Pediatr Nephrol.* 2015;30(10):1873-1878.
7. Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine. 2016; [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/prise\\_en\\_charge\\_medicamenteuse\\_de\\_la\\_douleur\\_chez\\_l'enfant\\_alternatives\\_a\\_la\\_codéine\\_fiche\\_memo.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/prise_en_charge_medicamenteuse_de_la_douleur_chez_l'enfant_alternatives_a_la_codéine_fiche_memo.pdf).
8. Danewa AS, Shah D, Batra P, Bhattacharya SK, Gupta P. Oral Ondansetron in Management of Dehydrating Diarrhea with Vomiting in Children Aged 3 Months to 5 Years: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr.* 2016;169:105-109 e103.

L'ensemble des documents, recommandations et informations se rapportant au Groupe Francophone d'Hépatologie-Gastroentérologie et Nutrition Pédiatrique se trouvent sur le site internet : [www.gfhgnp.org](http://www.gfhgnp.org)

Réalisé avec le soutien institutionnel de



Ref : I-17-01 (01/17)